

Dokumentation der
SCHUTZIMPfung
GEGEN COVID-19
 (Vaccination against
 Corona-Virus-Disease-2019)

Einwilligung zur Impfung und Erklärung zum Datenschutz:

- Ich bin fieberfrei (aktuelle Körpertemperatur < 38,5 °C / ggf. Messung: _____ °C)
- Ich war innerhalb der letzten 6 Monate **nicht** an Covid-19 („Corona“) erkrankt.
- Ich hatte bisher **keine** lebensbedrohliche Allergie (z.B. mit Notarzteinsatz oder einer Krankenhausbehandlung).
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen **nicht** geimpft.
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt.
Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein. Ich lehne die Impfung ab.
- Zusätzlich, für Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bin **nicht** schwanger. Ich stille **nicht**.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den aktuellen Aufklärungs- und Einwilligungsbogen (vgl. <https://t1p.de/dm9k>) zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu.

Ort, Datum

Unterschrift Impfling / Betreuer/in /
(Vor-) Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Ärztin/Arzt

ggf. zum Ausschneiden und Einkleben in den Impfpass:

Anmerkungen:

Die Impfung kann für 1–3 Tage Fieber, Durchfall, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit sowie Rötung, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle auslösen.

Bitte informieren Sie uns bei darüber hinaus gehenden Nebenwirkungen.

Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter **116 117**.

Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf **112**.

* Hilfestellung! Juristisch nicht erforderlich, vgl. <https://tinyurl.com/jrwyx6a>

BESCHEINIGUNG ÜBER IMPFUNGEN GEGEN SARS-COV-2 („CORONA-VIRUS“)			
Certificate of vaccination against SARS-CoV-2 (Covid-19)			
Fläche zum Einkleben in den Impfpass (nach hinten falten)	Name, Vorname Last name, first name		Geburtsdatum Date of birth
	Datum date	Impfstoff/Hersteller/Charge Vaccine/Company/batch no.	Stempel/Unterschrift Sign/Signature
	<input type="checkbox"/> BioTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> other: _____		
	Ggf. nächster Impftermin (Datum): Next vaccination appointment (date): _____		
Fläche zum Einkleben in den Impfpass (nach hinten falten)	<input type="checkbox"/> BioTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> other: _____		
	Grundimmunisierung vollständig. Basic immunization complete.		